Aus der Klinik von Prof. Dr. L. Fraenkel.

Uterusverdoppelung und Zwillingsschwangerschaft.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Irmgard Beckmann,
approb. Ärztin.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Breslau.
Berichterstatter: Prof. Dr. Küstner.

Ein Fall von Zwillingsschwangerschaft in der einen Hälfte von Uterus duplex gab mir Veranlassung, in der Literatur nachzuforschen, was die Trägerinnen von Uterusverdoppelung gegenüber den Frauen mit normaler Gebärmutter in anatomischer und funktioneller Hinsicht kennzeichnet.

In der Einleitung meiner Arbeit spreche ich kurz über die normale Entwicklung des Genitalschlauches und schildere die verschiedenen Theorien über die Gründe für die Nichtverschmelzung der Müllerschen Fäden. Auf Grund des von mir durchgesehenen Materials muß ich den Autoren zustimmen, welche in der Mehrzahl der Fälle bei den Frauen mit Uterus duplex keine sonstigen körperlichen Abnormitäten feststellten, z. B. keine besondere Breite des Skeletts, auch nicht des Beckens. Allerdings ist eine Reihe von Veröffentlichungen über Fälle vorhanden, wo Gebärmutterverdoppelung sich mit anderen körperlichen Mißbildungen kombinierte, z. B. mit Infantilismus, abnormer Behaarung, überzähliger Mamma, Symphysenspalte, Blasenverdoppelung, Vulvaverdoppelung, Nierendefekt, Ureterdefekt, Fehlen des Afters an natürlicher Stelle, Hirschsprungsche Krankheit.

Während bei Uterusverdoppelung im allgemeinen die Menstruation keine besonderen Abweichnngen von der Norm zeigt, gehören nach den meisten Statistiken — und mein eigener Eindruck beim Studium der Literatur bestätigte dies — mannigfaltige und zum Teil recht erhebliche Störungen in der Schwangerschaft, in Geburts- und Nachgeburtsperiode zum charakteristischen Bild der Duplizität. Häufig wird vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft genannt, die aus dem unvollendeten Aufbau des Fruchthalters resultiert. Nach Boni kommt eine solche auf 3,3 Geburten, nach Pfannenstiel eine auf 2,3 Geburten, nach Trapet eine auf 3,5 Geburten, nach Bernard eine auf 3,9 Geburten. Demgegenüber sind im allgemeinen folgende Zahlen aufgestellt: Hegar berechnet einen Abort auf 8—10 Geburten, Franz einen Abort auf 6,5 Geburten, Küstner einen Abort auf 4 Geburten.

Als besondere Eigentümlichkeit fiel mir die große Fruchtbarkeit der Frauen mit Gebärmutterverdoppelung auf. Es handelt sich meistens um Mehr-, ja zuweilen um Vielgebärende. Auch habe ich ein gehäuftes Vorkommen von Zwillingsschwangerschaft beobachtet und fand diese Annahme durch einige Statistiken bestätigt. Z. B. findet Grabi (1903) 26mal Zwillingsschwangerschaft unter 89 Fällen, Bernard (1904) berechnet 10 % Zwillingsgravidität, Joachim (1905) stellt 10mal eine solche unter 214 Graviditäten fest, Trapets Statistik (1906) gibt bei 91 Schwangerschaften 75 einfache und 16 mehrfache an. Nach diesen Zahlen würden sich etwas über 12,5 % Zwillingsgravidität ergeben. Normalerweise ist nach Bumm das Verhältnis von Zwillingsschwangerschaft zu einfacher Schwangerschaft 1 : 80, also weniger als ein Zehntel so groß als beim Uterus duplex.

Trapet hat bis zum Jahre 1906 aus der Litaratur und unter Zufügung eines selbstbeobachteten Falles 40 Fälle von mehrfacher Schwangerschaft gesammelt. Es ist mir gelungen, außerdem 36 derartige Fälle vom Jahre 1903 ab ausfindig zu machen und zwar in Grabis Dissertation noch 15 bei 10 Frauen, die bei Trapet nicht erwähnt sind, 3 in der Dissertation von Wetzel (1916) und die übrigen in Aufsätzen und Referaten aus der Zeitschriftenliteratur. Ich möchte bemerken, daß der Befund von 36 Fällen von Mehrlingsschwangerschaft vom Jahre 1903 ab unter Ausschluß von Trapets Fällen möglicherweise nicht erschöpfend ist, da die große Fülle einschlägiger Literatur die Durchsicht erschwert und das Vorkommen einer mehrfachen Gravidität oft nur ganz beiläufig in der Anamnese erwähnt ist.

Folgende nicht uninteressante Einzelheiten habe ich bei diesen von mir zusammengestellten Fällen konstatiert:

2mal sind Drillingsgraviditäten beschrieben.

Unter 23 Schwangerschaften finden sich 13 bei Mehr-, 1 bei einer Erstgebärenden. 9 Fälle sind ohne Angaben.

Es kamen unter 17 Fällen mit entsprechender Angabe 5 lebende Kinder zur Welt, davon waren 3 unreif, 1 reif, 1 annähernd reif. 12mal wird von Fehlgeburten berichtet, davon trat Abort nur einer Frucht 5mal ein. Unter 23 Schwangerschaften sind drei Frühgeburten genannt. Geburt am normalen Graviditätsende ersieht man aus 11 Fällen. 5mal wurde nur eine Frucht ausgetragen.

Unser eigener Fall zeigt im allgemeinen eine Übereinstimmung mit dem von den meisten Autoren gezeichneten Bild der Folgeerscheinungen von Uterus duplex. In einer Hinsicht aber bietet er eine Seltenheit, nämlich in dem Vorkommen von Zwillingsschwangerschaft in nur einer Hälfte der doppelten Gebärmutter, und in dem Alter-

nieren der beiden Uterushälften bei verschiedenen Graviditäten. Ich konnte aus der Literatur noch 12 ähnliche Fälle zusammenstellen. Während bei Entwicklung jedes Zwillings in einer besonderen Uterushälfte nur Zweieiige in Frage kommen, sind in den Fällen von Zwillingsgravidität in nur einem Horn auch Eineiige möglich. Unter den zusammengestellten Fällen handelt es sich mit Sicherheit nur zweimal um Eineiige, da meistens diesbezügliche Angaben fehlen. In unserem eigenen Fall sollen die Zwillinge nach Angabe des Hausarztes zweieiig sein, doch können wir darüber nichts Bestimmtes aussagen, da wir die Placenta nicht selbst untersuchen konnten.

Eine wirklich grundlegende Therapie der Störungen bei Uterus duplex kann nur die sein, welche normale anatomische Verhältnisse nachzuahmen sucht. Sie besteht bei den Formen von septiertem Uterus in Entfernung des Septums, bei Vorhandensein eines rudimentären Nebenhorns in Exstirpation desselben und beim doppelten Uterus in der operativen Vereinigung beider Hälften. Diese Straßmannsche Operation hat, wie ein von Straßmann und ein von Fraenkel operierter Fall gezeigt haben, zu sehr gutem funktionellem Erfolge geführt, denn in Straßmanns Fall erfolgte $1^1/_2$ Jahr p. op. die Geburt eines lebenden Kindes ohne Störung und zwei Jahre darauf wieder leichte Spontangeburt. Die von Fraenkel operierte Patientin hatte vor der Operation bereits dreimal Fehl- bezw. Frühgeburten durchgemacht. $1^1/_2$ Jahr p. op. trat Schwangerschaft ein, die ungestört verlief und am normalen Endtermin zur leichten Spontangeburt eines lebenden Kindes führte; auch die Nachgeburt machte trotz der die ganze Länge und Breite des Uterus umgreifenden Narbe nicht die geringsten Schwierigkeiten.